

# 中国医疗体制改革的路径和方向

## ——纪念新医改三周年

时间：2012年4月6日 14:00-16:30

地点：中国·北京 清华大学公共管理学院一层报告厅

主办方：清华-布鲁金斯公共政策研究中心，长策智库

主持人(王丰): 大家下午好，我是王丰，是清华-布鲁金斯公共政策研究中心主任，今天下午的“中国医疗体制改革路径和方向——纪念新医改三周年”活动的主持人。首先欢迎大家来参加今天下午这个活动。

我们都知道，中国的医疗体制改革是牵涉到每个人、每个家庭、整个社会的至关重要的社会基础建设。在三年以前，中共中央、国务院发布了深化医疗体制改革的意见。在这之后又专门提到，2009-2011年有三项重点工作，一是要扩大医疗保障，二是公立医院改革，三是药物制度改革。今天下午由清华-布鲁金斯公共政策研究中心和长策智库两家组织，联合举办此次活动。我们很有幸请到国内多位在进行这方面研究、探讨的专家。

今天下午的活动分为两部分，一是请三位演讲人就医院改革、药物改革等方面进行发言，每人25分钟。二是由五位嘉宾作为讨论人，从医院的角度、从公共政策的角度，结合他们自己的观察，对发言人

的发言进行讨论。最后是与在座各位听众一起讨论。

首先欢迎余晖老师。余晖教授是中国社科院工业经济研究所研究员，社会科学院研究生院教授，同时还进行很多很重要的兼职工作，其中之一是长策智库总裁，也是清华-布鲁金斯公共政策研究中心的兼职研究员，还是中国经济体制改革研究会公共政策研究中心主任。余晖老师的研究范围很广，主要是在产业政策、政府管制、非营利组织等方面的公共政策研究。在过去6年之内，余老师长时间从事医改政策的研究。下面请余晖老师首先发表他的演讲，题目是《公立医院改革是行政化还是去行政化》。

余晖：谢谢王丰主任的介绍，很高兴长策智库能够和清华-布鲁金斯公共政策研究中心合作，在三年医改之后的一个有纪念意义的日子和大家共同讨论医改的进展。

今天的三位演讲人，了解我们的同仁都知道，我们三人这几年在一起做了一些医疗改革的研究。其实今天我们不想对整个医改作评论，我们只是把我们这两年来的一些研究成果向大家作个汇报。

这两年我们主要做的两项工作，一个是关于公立医院改革的评估工作，我们跑了12个城市。大家都知道，有17个国家级试点城市，我们这个团队去了其中12个地方。待会儿朱恒鹏老师会介绍亚洲银行委托我们做的另外一个评估项目，是对4个县级单位进行政府投入效果的评估。顾老师最近关注的是药品价格的事情。总之，我们是对我们的研究成果的介绍，我们以我们的成果来说话，不是说我们要客

观地批评谁或表扬谁，这点是需要事先说明的。

我今天把公立医院改革的进展情况给大家作个介绍。首先我要致谢顾昕教授，他是这个报告的主要执笔人，还要感谢这个调研团队的其他人，如朱恒鹏教授、张炜教授和我的研究生。

我今天主要讲四个方面的内容：一是从数据的角度看一下公立医院的制度和组织结构现状；二是公立医院改革的方向——去行政化究竟达到了什么程度；三是分析公立医院改革进展是否顺利，如果不顺利的话，阻力何在；四是政策建议。

## 一、公立医院制度和组织结构现状

### （一）公立医院在医疗服务市场上占据主导（垄断）地位

从全国数据来看，2004-2010年，公立医院的市场占有率，在2010年业务量占87%多，虽然机构数有所下降，业务收入额占的比重有所下降，但基本上还处于相对垄断的地位。但床位数和卫生技术人员数并没有明显变化。

卫生部所属医院的市场占有率：从2005-2009年，几乎没有发生变化。从诊疗、门急诊、住院这几个指标来看，都占有80%以上的市场份额。

民营医院看起来数量不少，但实际上它的地位是非常弱的。尽管中央一再鼓励重申社会资本办医，但这个“玻璃门”仍然存在，民营医院发展仍然不顺利。

（二）政府拨款或补贴公立医院的收入构成中无足轻重，公立医院的主要收入来自于业务收入，政府拨款只占10%左右。当然我们去

过很多地方，很多公立医院的政府投入占其收入的比重不足 1%，甚至还有很多出现负数的情况。但我们强调一点，在公立医院的收入里，基建投资也是政府以预算外支出来投入的，而在卫生统计年鉴里，这一点一般都不展示。

目前来说，我们都知道，我们国家走向全民医保的道路，医院之间以竞争来获得医疗保险的收入，政府对医疗保险的投入也应该算是公共投入的一部分，但很多人把这部分忽视了，他们只强调对公立医院直接的投入，即所谓的养供方。在这种情况下，公立医院药品价格的加成管制直接导致了以药养医的状况，顾昕教授把它形容为“行政性市场化”。因为一个公立医院是以业务收入为它的主要收入来源的，但是它面临各个政府机构对它的行为的限制，顾昕教授把它概括为“行政性协调机制”，比如医疗服务的价格、药品的价格、人事的任命制度、医疗器械采购、行政级别等等，都分属于不同的政府部门对它进行管制，所以，如果说它是市场化，我们认为这是一种“伪市场化”。对药品价格的加成管制是核心内容之一，加成管制就是允许公立医院在卖药的时候，可以在进价之上加 15%的加成。

分析 2003-2010 年公立医院的收支，医疗收支结余率一直是负数，只不过近年来，结余率的幅度有点下降，药品收入的结余率虽然也在下降，但一直是正数。其实我们对这个下降的数据是有所怀疑的，在我们的报告中有详细论述。这就说明公立医院目前确实是以药养医的状况，一直到这两年都没有改变。

(三) 公立医院药费收入的增长超过了城市职工和农村居民收入

增长。

由此可以看出，绝大部分的医疗费用是流向了各类医疗机构，而主要是公立医院。卫生部所属的公立医院次均门诊和次均住院费用都比较高。

如果公立医院改革不落实，所有公立医院依然陷入各种行政“协调”或“管制”的泥潭而无力自拔，那么整个医疗体制改革就不可能成功，即使医疗保险的覆盖面大幅度扩展，医疗保障水平也大幅度提高。

下面从五个方面分别对公立医院改革目前的进展情况作介绍，分别是组织关系方面、治理结构方面、投入模式方面、人事安排方面和价格管制方面。

#### （一）在公立医院与政府之间组织关系的去行政化

在医改文件中要推进管办分开，建立专门的公立医院管理机构，代表国家来管理公立医院的资产，行使政府办医的职能，同时将卫生行政部门的监管职能分离。

我们强调政事分开和管办分开，意思是说让卫生行政部门当全行业的监管者，而不是当公立医院的老板。管办分开有两个效果，一个是推进公立医院改革，同时推进医疗卫生监管体制的改革和完善。

在这方面，各地的地方探索分成两种模式，一个是管办分开又分家，比如我们去的马鞍山和昆明，就在卫生部门之外成立了医院管理局，对公立医院进行各方面的集中管理。二是管办分开但不分家，大部分地方的做法是虽然成立了医疗管理局，但是这个医疗管理局一般都直接或间接隶属于卫生行政部门，比如潍坊和洛阳，还有北京，北

京虽然成立了一个正厅级的医疗管理局，但目前来看，它的局长还是由卫生局局长兼任。

## （二）公立医院治理结构的去行政化

医改文件中比较明确，要完善法人治理结构，取消行政级别，建立理事会为核心的法人治理结构，落实院长负责制，等等。从地方来看，我们发现有一半以上的公立医院改革试点城市没有能够按照要求来建立起完整的公立医院法人结构，有些地方，比如株洲、鄂州，取得了一定进展，建立起了理事会、监事会、执行层，但去行政化的阻力还比较大，具体表现在：在这些地方的公立医院法人治理结构中，政府部门、卫生部门的局长担任理事会理事或监事的情况很多，变成了政府在医院中的联席会议，公立医院的院长能发挥多大的作用？大家对此抱有怀疑态度。人事任命依然是由卫生部门、人事部门甚至是党的组织部门来任命，理事会的权利没有得到充分落实。

## （三）政府对公立医院财政投入模式的地方探索

从财政对公立医院投入模式来看，医改文件中规定政府要逐步通过购买服务来完善政府财政投入模式。当然政府要在公共卫生方面、在基本医疗保障制度方面投入很多，但对医疗机构，我们的方向主要是通过通过对公立医院的医保付费这种购买服务的模式来实现。

只有镇江、潍坊明确了去行政化的财政投入方式，甚至建立了公立医院发展专项基金，其他试点城市在这方面没有明显推进。

## （四）公立医院人事制度的去行政化

医改文件中规定推行全员劳动聘用制，院长最好成为职业经理人。

但在所有的地方试点中，这方面的进展也非常缓慢。

#### （五）政府对公立医院医药价格管制的去行政化

这方面的改革是争议最大的，我们认为改革的目标是要在维持医疗服务和药品零差率价格最高限价管制的前提下，解除其他各种类型的价格管制，尤其是药品加成管制，让医保机构与公立医院建立新型的药品价格谈判机制。但是在这方面，所有的试点城市虽然都提到了要取消药品加成，但所有的城市都没有表示要执行差别加价或取消加价限制的做法，这和在基层医疗机构推的取消加价、零差率销售是不一样的。而地方上，一般的想法都是要通过财政的收支两条线管理或医保来补偿公立医院药品加成取消以后的收入，这种补偿肯定会使公立医院的去行政化道路更加艰难。

#### 三、公立医院改革的阻力：再行政化的趋势

在调研中我们强烈感觉到一种再行政化的趋势：在组织关系上，最好让卫生部门成为全行业的管理者。在人事安排上，卫生行政部门要负责公立医院管理者的任命，甚至掌握公立医院所有人员的编制。在财务关系上，卫生行政部门对医院实行收支两条线管理。在设备配置上，卫生行政部门也要负责公立医院的设备购置。这种倾向始终存在，而且有越来越强化的态势。

因此我们认为，公立医院改革到目前为止，还是在再行政化和去行政化之间摇摆，还没有找到明确的道路。在“十二五”规划里，国家要先在县级公立医院进行改革，但在县级公立医院改革的思路中，我们仍然可以看到有很明显的再行政化和去行政化思路相纠结的趋势。

指望县级公立医院到 2015 年的时候，能够为公立医院改革开辟一条清晰的道路？我们对此表示怀疑。

最后是我们的政策建议：1.切实落实管办分开的原则，在卫生行政部门之外建立专门的公立医院管理机构，行使政府办医之内，同时理清卫生行政部门作为全行业监管者的职能。2.完善法人治理结构，建立和完善以理事会制度为核心的法人治理结构。3.建立政府购买服务的新机制，让公共财政通过购买服务促使公立医院行使其社会职能，从而保持它的社会公益性。4.推进人事制度改革，在公立医院全面推行全员劳动合同制，最终希望能够形成一个医疗能力资源市场化的全新格局，使医生成为自由职业者，院长成为职业经理人。

这两年出现了几起严重的医生被患者侵害的事故，也使我们在思考一个问题，是使医生能够更多地得到名义收入上的行政性保障，还是使他变成一个独立的自由执业者，更加能够保障自己的就业安全？我本人倾向于后者。

5.推进价格管制改革：在维持医疗服务和药品零售价格最高限价的前提下，解除其他各种类型的价格管制，尤其是药品加成管制，让医保机构与医疗机构建立新型的谈判机制，通过医保付费改革，以契约化的方法来控制医药费用过快增长。

以上就是我与大家分享的内容，谢谢大家。

王丰：谢谢余晖老师作的第一个发言，给我们开了一个很好的头，通过他们研究的调查结果，把过去三年来医院的去行政化改革进行了



总结。下面的话题从医院又到了药品，这也是大家经常在讨论的一个问题，第二位发言人是顾昕教授。顾昕教授在做医疗研究方面鼎鼎有名，顾昕老师是北京大学政府管理学院教授，也是长策智库首席社会政策专家，中国经济体制改革研究会特邀研究员。他原来是北大学生物专业毕业的，在荷兰莱顿大学取得博士学位，在美国两所著名大学作博士后，在多所学校进行过研究和教学。大家知道得比较多的可能是顾昕教授在 2007 年是国家卫生体制改革第 7 套方案的主笔，现在也担任国家人力资源和社会保障部基本医疗管理政策与管理咨询专家。他的发言主题是药品，题目是《药价那些事：医疗领域中的价格管制及其后果》。

顾昕：谢谢王主任，感谢在座各位，我们今天来和大家分享一下我们的研究。

说实话，今天我要讲的事情是老生常谈了，自己也感到没什么意思了，我讲的话题不应该由我来讲，应该由经济学家来讲，经济学教科书里基本都这么讲的。但是很遗憾的是，除了余晖和朱恒鹏以及在座的几位经济学家，我很奇怪其他很多中国的经济学家们为什么不讲价格管制的事。价格管制这件事，普遍，比如我记得有一阵子说牛肉拉面贵了，老百姓吃不起，有地方政府就要管制牛肉拉面的价值，一碗面不能超过 5 块钱。其实后果很简单，你这么管制，牛肉就少搁一点，牛肉汤多搁点水就行了。如果药价这么管制的话，其实也会有类似的问题，比如便宜的药没了，前阵子鱼精蛋白就没有了。较贵的药

是有，可以多弄点。虽然牛肉面不能让你多吃，就像若干年前陈佩斯的小品《吃面条》里那样撑个贼死，这不可能，但是药可以多开。所以，你管制了药品的价格其实没用，我多开药、开贵药就完了。更何况我们不光是管制价格，还管制加成，说药品只能加价 15%，这导致了后面的问题一大堆。

公立医院要搞医改，医改的核心有一大堆，细节我不讲了，但说实话，没怎么改。公立医院医改没搞下去，怎么办？要搞药改，医改变药改了。药改的措施是回到命令与控制，降低药费，控制加成率，现在的药品加成率从 15%变为 0。医疗服务的价格还继续管着，医生做手术每小时多少钱被管着。现在有些省市还在酝酿医疗服务涨价，把药品压一压，说实话就是翘翘板。

改革的效果是什么呢？这么管了半天，费用上涨的幅度能不能控制呢？很多问号。压低药价和加成率是不是等于降低消费呢？天晓得。其实我们晓得二者根本不相等。可惜这种改革的步骤要先在县医院实行，然后才推广到其他医院。

下面我们讲“药价那些事”，为什么要改药呢？很简单。中国有几件事是世界第一，奥运会我们拿了 50 多枚金牌，这项也是世界第一，还有就是我们的药费真的挺高，占卫生总费用的比重高达 40%，所以要管。主要卖药的是谁呢？是公立医院，不是零售药店，零售药店是小头。药费上涨了，当然看病费用就上涨了。医疗费用上涨速度较快，老百姓就抱怨。大体是这样的情况。我们的药费占了 40%，1992 年，18 年前，那时候是 50%。我们折腾了 18 年，终于降到 40%，降了

9.7%。但 40%怎样一个水平呢？世界平均也就 20%。据说亚洲人民喜欢吃药，没事儿老吃药。相比之下，西医看病就是拆开了看，做手术，可是韩国和日本也就 25%、27%，中国居然占了 40%？这也太离谱了。可是药是谁开出来的呢？药店最近若干年有发展，发展到了占 24%，只占 1/4，其余 3/4 是医疗机构开出来的，一部分是门诊，一部分是住院。而在医疗机构中，公立医院又占大头。这样，我们的费用就上涨，以 1996 年为基年，我们分析几个指标翻倍的幅度，门诊幅度最快，住院费用次之，农村医院的幅度更大。有这样的情形，老百姓当然抱怨看病贵。

公立医院实际上是开药的大头，公立医院的药价高有两种情形，一种是真的高，一种是虚的高。真的高就是用较贵的药，当然有进口的也有外资的，也有国产的较贵的。虚高是这样一种情况，其实明明有便宜的还用贵的。药价实高，很多人都在抱怨，有人说用贵的药不新鲜，那个药真的好，一粒起效，用便宜的药要吃好几粒。说是这么说，但中国药的性价比高低真的没有人研究，这个学问在国际上叫药物经济学，这在中国并不发达，据说中国药物经济学家才 10 个人，不知道是哪 10 个人，反正在国外非常多，我原来大学的生物系同学有很多都在国外做这个事，出国以后干这个工作，年薪三四十万美元，比一般的教授多，比如我和杨教授到国外去，挣不来多少钱，年薪八九万撑死了，在国外干这个的挣得比较多，而在中国不行。

中国的公立医院必须使用中标药。在座各位每年都会看到这种新闻，说我们今年搞了药品集中招标，成就很好很大，从民生的角度着

想，中标药降价了 52%，可是降了 52%还称让利给老百姓多少多少亿。其实大家想想，如果每年这种事都是真的，咱们国家的医药行业就崩溃了，股市就下来了。结果那些药厂居然还活得好好的，真让人纳闷，而且中国有上千家药厂，外国加起来也没有几百家，中国一个国家的医药企业超过全世界都加起来，这是怎么回事呢？其实很简单，中标价平均降价 52%没用，因为有的中标药降价了 100%，有的降价了 2%，医院用 2%的就行了，这叫高价标上量，低价标流标。任何一次关于药品招标的新闻没有一次把销售量公开出来，只要那个数据一公开出来，就一目了然了。所以药品集中招标制度残废了，没用。

虚高的例子，像芦笋片、克林霉素磷酸酯。总之现在有一模一样的药，市场批发价非常低，但公立医院从高价药厂进药。这不是个例外，有这样几个现象。第一个是“吃回扣”，据说很盛行，很多人在说，也有很多人相信，老百姓为此天天着急上火，没事儿老发微博抱怨，朱恒鹏也经常大半夜的给人家回微博。上火的是政府部门，因为政府纠风办和司法部门整天要严厉打击。如果这个情况不盛行，没事儿“严厉打击”干吗？现在正在严厉打击，在这种情况下，哪个医院没事儿吃回扣？那真是脑残。那不吃回扣怎么办呢？有的是办法，我可以让药企做慈善。医药行业、医药企业自愿给医疗机构的活动给予大量资助，活动多了，比如开会、出国或者买个 CT，这种事太常见了。我经常去演讲，每一次给钱的人基本上都是医药企业，就是这么回事。医药企业吃饱撑了吗？他们有钱干吗不变成利润，分点钱，让股市涨涨？不，它叫公司慈善行为，你不让我吃回扣，但我是做公司慈善行为，

你能把我怎么样？第三种是医疗机构干脆自己开一家医药公司，这种情况也比较常见。他开一家医药公司，从市场上进来便宜的药，然后再按照中标价卖给自己的老板。第四种方式是把药房外包或托管给医药企业，2003、2004年，南京医药行业二甲医院实行托管，三甲医院本来也想托管，因为当初搞托管，南京医药的股票还涨了一下。但是三甲最后没弄成，原因是三甲说托管方占掉了医院药品销售量的52%左右，不得了，它不干，干了它就亏了。这说是回扣也成，反正是外务外包了。原来是医药主导，医院和南京医药自己去谈，现在政府主导外包了，闵行、芜湖，还有浙江全省都这么干，政府搞零差率了，中标价等于销售价，中15%加成没有了，又不让吃回扣，干脆就外包了，让医药企业按照药品销售量的百分比返还医院，就是这么回事。所以简单地说，中标价虚高的有得是，市场批发价低于中标价的有的是，但是医院用价格高一点的，所以价格超高是普遍现象。

但是，这件事赖医院吗？不赖医院。若干次讲这个事的时候，也不知道为什么，医院的院长听不明白我的话。这个事不赖医院，赖政府，政府干错了一件事——价格管制。价格管制分成两部分，价格一管，医院一定得那么干，如果不那么干，它就没办法运行，没办法存活，这和医院管理水平高低、院长好坏、是不是优秀党员都没关系，它肯定是要这么做的。政府管制了两件事，医疗服务价格管得非常低，越常规性的定得越低，望闻问切费用非常低，做手术，刮骨疗毒的费用也定得很低，华佗在世，到当今中国就麻烦了，有人说我给你点金子，不准收，那是违法的，因为价格是政府定了的，政府说你只能受

铜版，连银子都收不了。华佗没法活了，刮骨疗毒半天只收点铜板，怎么养活一家子人？就这么个道理，很简单，政府又告诉他，你可能卖点药，结果华佗就卖药了，政府又说你卖药不能卖得很多，要管制，你只能加价 5%，我拿草药卖，卖完了只能加价 5%，还是没办法。如果华佗在世就会问很多人，这些人就告诉他，你不要卖草药，你可以卖黑玉断续膏，那是蒙古国进口的，是进口药，那就贵了。就是这个道理，为什么医院那么贵？非要用贵的，中标的价格下面的那些药想那么多办法，还得给弄了，费那么大的劲，不管是合法的还是不合法的，医院吃饱了撑的吗？当然不是，是我们政府制定好了游戏规则，这个游戏只能这么玩儿，没办法。

我们都看得出来，医疗服务价格定得普遍都低，当然是亏损了，不管是王院长干还是哪个院长干，医疗收支结余率一定是负的，允许加成 15%，算上损耗 13%，这是正常的，为什么现在变成 6%了呢？难道损耗率增大了吗？当然不是。医疗服务的结余率也降下来了，很简单，搞了个“乾坤大挪移”，把原来在医疗支出范畴内的医疗服务支出，药剂师的工资支出挪到药品支出。现在很多政府部门让医院改善加成 15%，医院挪一挪就成了，很简单。

我们认为，这是价格管制带来这些恶果，把医院毁了，弄得他们“走火入魔”，很怪，老百姓天天骂他们，不管他干得好不好，大家都怀疑他们，他们在吃回扣。尽管现在政府说你不能吃回扣，其实人家不吃，但是怀疑你挡不住，于是出了一大堆事。

但是可惜的是，现在很多人，尤其是媒体，当然也有很多专家，

那些专家真奇怪，他们居然认为不是这个原因，医院之所以卖贵药，是成心的也是应该。假定贵药真的好，这没办法，但是确实有很多成心卖也不怎么样的贵药，这种情况有，现在我们归结为这样几个因素：一是转移焦点或模糊焦点，就是说公立医院公益性淡化，因为它们的逐利行为猖獗，这个指责有点奇怪，就算他们逐利行为猖獗，街边的小摊也逐利，但是他卖得便宜，为什么医院的行为却是高买高卖？第二个指责是白衣天使变得黑心了，这是骂医生；第三是说利益集团钻空子，这是骂药企，说药企诚信给弄贵了，其实我们都知道，有贵的有便宜的，便宜的在中国反而卖不出去，贵的都能卖出去，怎么回事呢？当然也有人将此归结为中国“钱多人傻”，这当然是瞎扯；第四是，外国人说中国农业银行媒体监督政府不力，因为中国没有言论自由。其实不是这么回事，媒体对政府的批评声音很大，当然是指责地方政府，说地方政府的官员和有关药品专家黑了心，把价格定得高了。这帮官员怎么没把药品的成本都弄得门儿清呢？

到此为止，我们觉得有两个诊断，一个是价格管制导致了这些行为扭曲，改革就去行政化，没有必要搞这些价格管制，该怎么办呢？应该取消价格管制，让医院随便加价，价格飞涨吗？其实不是这样，只要弄一个买主就行了，医保机构干吗使的？它是团购的，咱们跟它建立契约化的购买关系就可以了。价格这件事，其实管住一个天花板也就可以了，我刚才讲，其实天花板有必要还是没必要都值得商榷，有的时候真的没用，但有一个高一点的天花板不是坏事，这个天花板平时没用，但一到危机情势，比如战争、地震时，药品价格管制就有

用了。所以治标之策是取消药品加成管制，这个加成管着人家，只能让人家加 15%还是只能加 0 都没有必要，治本之策是让医保买单，跟药企讨价还价就行了。

但现在流行的，政府有些人说的是医院之所以死命卖药，原因是政府给的钱不多不够，按他们的逻辑，只要政府多给钱，并且药那儿明明有这个利润空间，它就不死命地卖。我觉得这个说法有点奇怪，我觉得大多数人不是这样。于是就在加成上管着，政府企图调整价格，再给一些补偿。

我们现在的药改政策是取消加成率，中标价等于销售价，但得有三个配套，要不政府财政补偿账面上的收入都没了，医疗服务都是负数，医院该怎么过？这第一个招数是政府再给点钱。第二个招数是医疗服务涨价，药价降了 13%到 15%，医疗服务跟着涨价就行了。第三个是改革医保付费制度。

政府财政补偿的政策会发生什么情形？政府给钱，不让你加价，我给你补偿，补偿的招数就有三种：第一种，补偿的金额跟药品的销售总额挂钩，一般是进货价的 15%。要是这么改了，就是假定原来的 15%加成是不对的，是冤的。有人这么认为，我不这么认为，我认为加成是正常现象，哪有不加成的呢？但如果这样改，等于换了一个冤大头，原来的冤大头是医保中心和老百姓，现在换成财政了。第二种是定额补助，其实什么都没改，接着卖贵的就完了。第三种是收支两条线，有两种做法，一种是玩儿大的，所有的业务收入，不光是卖药的，还是收来的虽然不多的看病治病望闻问切的钱，政府也都收下去，



小的收支两条线是药的销售额政府都收上去。收支两条线最大的问题是什么呢？医院的主要运行经费都来自于政府了，来自于张局长、李局长他们了，这样的情况，你再要求医院全心全意为病人着想，你还得假定张局长清楚怎么为病人着想，张局长把病人的愿望告诉给医院，因为钱从张局长的口袋里来，你要指望着医院先盯着病人不太现实，得让张局长先盯着病人。于是我们假定张局长、李局长全心全意代表老百姓的利益，他对老百姓的需求弄得门儿清。其实这不可能，如果这样收支两条线，最大的隐忧是医疗机构的积极性没有了。如果收支两条线这么搞，如果政府都能清楚明白这些事，市场经济根本就没必要，当初邓小平带领我们搞市场经济根本是有病。有些人认为收支两条线都能搞定，既然如此，那么做手表的、做手机的都能由政府指导搞定，搞什么市场经济？不是吃饱了撑着了吗？

第二件事是干脆涨价，医疗服务价格普遍上涨，现在有一个省份真的搞了，宣称从今天开始就都零差率了，不光是县医院，大医院也这么搞，干脆医疗服务都涨价，到底涨多少也不清楚，反正是要涨。医疗服务涨价是有必要性，因为医疗服务定价偏低现象由来已久，而且众所周知，医务人员天天在呼吁涨工资，两会代表、院士们呼吁尊重医务人员的劳务价值，说实话，政府部门也天天说。但是它天天说、年年讲，可能最后变成每年都不落实，经济发达地区可以涨一点，像浙江省，真的是涨一点，政府下了很大决心，涨多了行吗？该挨骂了，就会有不和谐的问题。我来给大家证明，政府确实在年年说，但是这个事也年年没干，政府每年都发文件，说我们要调整不合理价格。如

果说现在要干这个事，相当于说前任政府很无能，已经都说要干这个事了这么久了，还是干不成。

无论是零差率还是翘翘板，再怎么折腾都没意思，因为没有改变机制。医院在这样的情况下，你再怎么弄，它还得按照刚才描绘的方式给大家开药，弄得医院很别扭，老百姓也很别扭，真正的改革是医保付费改革，医保付大头，基本上要到 70% 以上，然后它搞团购，这个事就好办了。有关文件已经说了我们要这么干，当然是非常费劲，原因非常多，其中一个原因是行政化的价格管制制度和契约化的购买制度（团购制度）满拧，这两者是冲突的，这会使得团购机制根本玩儿不成。

谢谢大家，是不是 OK 咱们也不知道。

王丰：谢谢顾昕教授精彩生动的讲演。下面有请朱恒鹏教授，朱教授也是很有名的医改的研究人员，是中国社科院经济所研究员、微观经济室主任、公共政策研究中心主任，同时也是长策智库高级研究员。他自己除了在产业组织理论和卫生经济学、公共经济学方面进行研究之外，这些年也在进行大量的公立医院改革的研究。他讲的实际上是整个医改的全面情况，并对芜湖、神木、子长、沅阳等地的医改进行具体的分析和介绍。

朱恒鹏：各位嘉宾下午好，很高兴和大家交流一下关于医改的感觉。当然最近的交流比较多，我最近在微博上也发表了很多言论。

我刚才讲的和以上两位同事讲的稍微有点差异，要对一些地方的调研进行评估。17 个国家级试点城市，我们去了 12 个，剩下的不是我们不跑了，确实是没有价值跑了。当时还没有北京，16 个试点城市，我们跑下 5、6 个来，有一个感觉，上面交给我们的这个任务很容易完成，两个字来评估就是“没改”。我们去的还是属于干事比较认真的，我也是属于比较较真的人。我们觉得两个字就把这个报告打发了，也不太不好意思，我们想，试点城市都没改，我们就跑一些非试点城市吧，比如神木、子长、沅阳，这些都不是试点城市。

说了以上的内容，大家就有一个问题了，所谓的顶层设计是怎么回事，顶上让你改的地方没改，顶上没让你改的你倒改了，这是过去我们改革 30 年的“经验”，我们要坚持的，就是让地方大胆地闯、大胆地试。

作为一个普遍的研究人员、一个平民百姓，我的期望是：过去 30 年我们摸着石头过河了，终于过了河了，我们希望不要让我们再回到河对岸，再摸一次。而显然，最近的医改很多做法就是快走到对岸了，然后说不行，回来再摸。当然这次不叫“摸”了，叫“顶层设计”。

顶层设计的路线很有意思，在前面我们摸的过程中，知道有岩石的地方，这次成了必经之路，比如收支两条线。从当年国企改革就知道，这个方法显然是没有积极性的，很遗憾，今天上午我打开微博，又有一位朋友转给我一个新闻，说青海公立医院改革搞收支两条线，实现了公益性。我当时心里想，怎么说呢？才过去 30 年，怎么已经忘了那个地方淹死过人了。在前年年底的时候，我和安徽主持医改的

一位卫生厅副厅长讲过，如果在收支两条线上能够解决医生的积极性问题，我去给你们申请诺贝尔奖，搞收支两条线，还期望医生有积极性，你们恐怕胆子太大了。

我们不做理论评论，就看看实际的例子，看看我们摸着的石头是什么样子的。

我们选了四个地方，芜湖是不得不加上的，因为这是试点地区。我最近不太喜欢说安徽的例子，有点“欺负人”，因为大家都说它作得不对，你还要说它不对，但也没办法。

神木是比较富的，但是它是靠资源富起来的地方，凡是靠资源和重工业富起来的地方有一个特征，城里的人富，农村的人穷。子长是个穷地方，农民人均收入才 4000 多块钱，我很佩服上一任子长县委书记，既然如此穷，还想实现收支两条线，典型的“人有多大胆、地有多大产”。芜湖就很奇怪了，我们的好几个助手，居然没查出芜湖的人均收入是多少，当芜湖的人还是很富的，两个原因，一是芜湖还是有一定的农业基础，二是安徽人们是勤劳善良的，在北京打工的安徽来的保姆，当初也有这样一部电影，到现在我的印象中最好的还是安徽的保姆，非农收入构成农民收入的主要来源。沅阳、芜湖和子长属于中国标准的县域内的、很听卫生部的话的方式，一个人民医院，一个中医院，规模再大一点的还有妇幼保健院，这两个县的人口比较少，只有妇幼保健所。神木和沅阳属于不听话的那一类，医院很多，沅阳的医院很多，当年把 144 家医院卖了 143.5 家，既然卖了公立医院，也就不干预它的发展模式了。所以我会讲，管办分开的第一个方式是

卖公立医院，还不是管办分开，你要不先把它儿子卖掉，两者还真不能分开。神木比较有意思，郭宝成书记被贬以后和我成了好朋友，我问过他，你当年怎么发展出这么多医院？2009年书记来的时候是有8、9家民营医院，后来成了14家，今年1月份我去了一看，发展成了19家了。他说也没什么秘诀，当年不是国企改革，发展民营经济吗？我说对，他说我就是把国有企业都卖了，发展民营经济了，现在我把公立医院也卖了，鼓励民营医院发展。我说你怎么鼓励？他说人家只要递申请，我就给它批。我问你也没有资质要求？他说人家出钱，要什么资质？我说你批了几个？他说批了23家，第一，人家自己掏钱，你管人家干什么？第二，老百姓不那么容易骗，能骗一年不能骗两年，能骗两年不能骗三年。一个军人出身的政府官员，没有理论，只有直觉，说了对的话，方圆几十公里，一个医院能骗十年？不可能的。当年新兴医院让唐国强上了中央电视台，也只不过骗了五六年。

从病床数来看，坦率地说，神木算不上什么医改，郭书记把民营医院发展起来了，他自己都没想到当年种下的苗长了好果子，为他后来的医改奠定了好的基础，连他自己都不知道他医改成功的原因在哪里。我点拨了好半天，他才知道原来我成功的原因在这里，我说你10年前奠定了你后面成功的基础，好人有好报。2009年搞了免费医疗，其实是全民医保，但现在他喜欢“免费医疗”这个词，这是农民出身的人对共产主义的最高向往，看病不花钱。财政掏了1.8亿，把农民、居民、神木户籍并且在神木工作的城镇职工全包了下来，1.8亿当年是很震惊全国的，很多地方说我们学不来这种模式，他们有钱。当然

也有很多官员说学得来，比如民政部前司长王振耀同志、比如陈竺部长，我下面也会讲，真的学的来。其实财政真的有钱，对于一个财政40多亿的地方拿1.8亿给老百姓上医保，真的不算什么。当然，他干得比较粗糙，这是北方人干事的特征，哪怕方向对，也干不完美。

沈阳的办法是“全卖光”，为什么卖光呢？他们自己讲，当年高瞻远瞩，想发展医疗市场，但是没钱，怎么办？卖。当年卫生部和沈阳医疗管理机构是不同意的，不同意怎么办？你就得给钱，你没钱就不能不让我卖。我们今天的医改之所以推不动，就是因为有钱，这是个很大的问题。

芜湖和子长，真的符合这三年医改中常说的，零差率、大幅度增加医疗补贴、收支两条线、定岗定编。

下面来看效果：

神木：首先来看老百姓看病难不难。11%的住院率，这个数字和美国、和台湾、和北京市比，都高了，北京市的住院率是5.7%，美国是大约6%，台湾的住院率也在6%左右。我请教过台湾的专家，台湾的住院率不高，但是门诊次数很高，怎么回事？他们说台湾大量的小手术都在门诊做，不需要住院。这个数字反映了什么现实呢？基本可以说神木人有病就能住院，当然是不是不该住院的也住院了？我们再看。第二个数字是县内住院率，神木的农民92%、93%在县内住院。全国的农民平均县内住院率是82%，也就是说，神木的老百姓比其他地方的老百姓平均说来看病要方便，因为在县内住院要比跑到北京看病方便得多。我也有体会，调研的时候我最简单的办法就是到医院去

排队，看有多少外地来的农民。县内住院率高反映了当地的医疗资源满足老百姓医疗需求的能力强，这是在 11% 的住院率的情况下。县内住院报销率 87%，这是实际补偿率，可不是“十二五”规划中说的政策范围内的 70%。县外住院报销率只有 54%。这也是没办法，一个县级的报销部门约束不了 301 医院、约束不了协和医院，所以只能约束县内。只报医疗服务和药品，不报医疗服务项目。这可以看出，当地人在本县看病方便，而且不贵，平均 3600 元。

当然现在也不能说神木有钱了，因为神木的筹资数额一点都不特殊，三年住院和门诊大病报销总额一直没有超过 1.5 亿，高保生掏了 1.8 亿，有 3000 万放到门诊去。现在按全国标准，按陕西标准，按榆林的标准，按照榆林市一个县区统一的标准，新农合筹资 1.04 亿，城镇居民筹资 3100 万，城镇职工筹资额 3000 万，不过城镇职工到现在基本全部结余，因为高保成书记想把城镇职工的放在一起花，但是违背社会保险法，他想把城镇职工的统筹基金打到城镇职工的个人账户里去，也违反社会保险法，怎么办？他大笔一挥，既然违法，那就不花了，财政出钱。所以现在城镇职工社保统筹资金结余了 7200 万，我上次去访谈，社保局长非常生气，因为有钱不能花。从以上数字可以看出，神木不比榆林的其他县多掏钱，神木不是因为有钱，是因为提供方确实好，因为医院多，所以县内住院比例高，所以便宜。但是县内控费控得好，这也是一个原因。一个县的医保部门把控费控得这么好是不错的，但是控制得太好了，就带来了一个弊端，近几年县内住院率稍有下降，因为当地有一个指标，民营医院均次住院费用不能

超过 3700，公立医院不能超过 5400，一旦来个癌症患者，一个人花 6 万，等于 20 个指标，14 家定点医院遇到危重病人就发愁，一个人顶 20 个，怎么办？发愁的办法就是跟病人说“您的病我们治不了，您到县外去吧。”一到县外就大花钱，2010 年 7% 的县外住院患者花了社保资金的 23%，2011 年 9.2% 的县外住院患者花了社保资金的 30%，所以社保控费太严，这次我去跟他说，你把这个指标取消，现在最大的做法应该是尽量发展本县的能力，让大部分患者留下，有些危重病人也留下，有些脑外手术是尖端，你做不了，我们理解，但是癌症虽然花钱多，并不一定是尖端，所以你不要控制得这么多。

神木县 2010-2011 年不同参保人群住院情况，农民 11% 住院率，居民 11%，干部 18%。干部走到哪儿都特殊，五个领导就有一个住院。但这个统计口径有点问题，应该分三类人群，农民、居民、城镇职工，城镇职工既含公务员和国有事业单位职工，公务员不是事业单位职工，应该是干部，应该是有神木户籍的在神木工作的国有企业职工和民营企业职工，这部分人不算干部，也不算农民、不算居民，但是还在这个池子里，不统计，所以我说这个统计有问题，这里的干部住院率实际上是城镇职工的住院率，23% 是高估了。城镇职工的住院率高一点，一是城镇职工收入高一点，二是社保局和城镇职工讲，你们出县住院的话，不是只报 54% 吗，剩下的 46% 再报 80%。大家想，这当然是好事了，大家都去三甲医院住院了。

下面分析芜湖县医改的绩效。坦率地讲，我们这次选芜湖县，有点不太对，这要怪顾昕教授，因为他认为芜湖县离芜湖市比较近。事



实上，芜湖县有一个天然的劣势，它离芜湖市只有 30 公里，而芜湖市有一家三级医院是当地最好的医院，所以芜湖县的人但凡有点钱的，得了病就往这家三级医院跑。

安徽号称扩大了政府投入，但实际上增长不是很明显，均次住院费用有所下降。

三类参保者住院情况，城镇职工身体比较差，因为住院率比较高。当然这是开玩笑，我是相信公务员的身体状况不见得比城镇职工好，我们的城镇职工住院率高基本是由于报销比例高的原因，报销比例高，又是按项目付费，所以职工愿意住院，医院也愿意接待这样的患者。有一位微博上的山东网友跟我说，他在这个系统工作，他说，你的理由不成立，应该是公务员老龄化比较严重，导致住院率比较高。我当时想，这个想法有点片面了，大家知道我们国家叫“干部”的人群，一些是公务员，还有些是准公务员，参照干部管理，我们政府下面的事业单位很庞大，那些人其实不老。77%的领导同志都不在县内住院，这里离芜湖市实在太近了，坐上车，半小时就到。农民县内住院率也比较低。

从数据终，我们分析芜湖县三类参保者县内住院率的特征，老百姓在本县住院的比例在下降，这和大家听说的安徽模式是吻合的，自从安徽医改以后，老百姓不在基层住院了，开始奔二级、三级，当然芜湖县就直接去三级了。有专家建议，三级医院也搞零差价，老百姓就不去三级医院了，我们不知道能不能有这样的效果。

子长县医改绩效：子长县开始是政府投入，但是投着投着政府就

没钱了，压力就出来了。就子长县自己的数据反映，均次住院费用下降，补偿比例提高，三个人群都是如此。如果仅看这个数据，可以宣布子长县医改取得巨大成功，收支两条线模式非常好。但是自从医改以后，老百姓看病从一级医院跃过二级，直奔三级医院。城镇职工县内住院率不到40%。当子长补供方的压力极大，财政再也投不上钱的时候，2011年1月我们去的时候，县医院大楼封顶，在2012年1月去的时候，大楼仍然处于封顶状态，还缺2400万，这2400万要不来了。当然，新的书记（原县长）开始意识到一个问题，大量的医保资金流到了县外，以新农合为例，原来本县还能留下50%，现在只剩23%。所以新上任的书记和我讨论一个问题，我这里财政掏不起钱，盖不起楼，医保资金外流，如果把县内住院率提高到82%，能留下4000万资金。这位书记意识到了这一点，怎么把医保资金流回来？我们说很简单，要想流回来，得让本县的人民医院有能力、有意愿接待危重病人，让老百姓相信本县医院能给我治好病，这叫激励机制，医保付费机制改革。他说这个好，那你就给我们改吧。我们说改的前提是废掉收支两条线，不废掉收支两条线，任何医改机制都没用，你省下来的钱全部上交财政，发工资的钱全部由财政发，那有什么意义？当然农民讲，搞了零差率以后，药费占比从54%下降到26%，达到了日本、韩国和台湾的水平，但城镇职工还是66%，这就有点奇怪了。卖药不赚钱了，所以不坑农民了，这可以理解，但是继续坑领导干部就有道理吗？

子长县医院2011年用药情况，排名前10位的药占总药品采购额

的 42%。一会儿人民医院的王院长可以评价一下，一个医院如果前 10 位药品就能占 42%，它的价格还能否号称是市场价的 4.9 倍？所以所谓零差价其实是糊弄人的。

沭阳医改绩效：城镇职工（公务员和国有事业单位职工）县内住院率大约 85%，比全国平均水平好一些，这反映了沭阳县县内医疗资源的确比较丰富，而且质量较高，把公务员都留下了，这样的医疗资源应该是不错的。当然在座的可能有人会问，农民住院率比公务员低，沭阳人很怪，农民住院比公务员还挑。不是的，沭阳以前是没有的，1996 年找了几个苏北穷市合在一起，有相当一部分农民原来属于淮安，所以现在有很多农民治病去淮安，由于沭阳很大，好多乡镇离淮安县城比离沭阳县城还近，这与就医习惯有关。

大家知道，现在对民营医院的评价不好，当然总体来说，现在的民营医院也不太好。我在微博上有句话，在中国，好人开不了民营医院，开了民营医院基本上就别当好人了。这是平均来说，但是还是有好人的。沭阳的民营医院表现得就像个好人。苏北四市，宿迁的城镇职工住院率在 6%-9%，基本达到了北京、美国、台湾的先进水平。我为什么说城镇职工没说新农合，因为有人说民营医院诱导需求更狠，但是诱导农民的需求很可能出现两种情况，富裕农民猛诱导，贫穷农民往外推。宿迁的医院住院率不算高，公务员这些高端群体并不那么诱导，沭阳在全国属于中下低。那么，为什么宿迁的民营医院这么好，面对着如此丰厚的公务员客户居然不宰？对此有三个解释：第一，品行高尚，全部聚集到宿迁，这点没法证伪，也没法证实。第二，声誉

机制，今天不宰，是为了积累一个好的声誉，这个有道理，但是没法证实。第三，它倒是想宰，但是医保会罚它，如果虚挂病床，套取医保资金，按照社保部门的规定，是要取消医保定点资格的，但是在子长和芜湖这样的地区，不太可能取消医保定点资格，全县就一家人民医院，再取消了定点资格，老百姓到哪儿去看病？公立医院占主导的地方，取消定点资格是不可能的。但是在宿迁居然就取消了，我们拿到了数据，有的取消了半年，有的取消了一年，我本来想写在文章上，但是当地社保部门让我最好不这样写。是不是宿迁的社保部门执法很严呢？不是，宿迁的社保其实管理水平非常一般，宿迁的均次费用偏高，医疗机构明显存在着设备竞争现象，设备竞争导致费用上涨，所以控费能力并不强。当然大家看得出来，当地医改存在一个盲点，就是基本不动医保这边。

分析了以上以后，根据我们的经验，得出一个结论：1.公立医院改革方向，我认为公立医院80%应该民营化，只留两头，老少边穷地区的留下，高端的教学科研医院留下，中间的全部民营化，这样管办就分开了。2.发展民营医院。3.财政有钱，投入医保，给老百姓提高报销比例，当然很重要的是医保付费机制要改革，医保付费机制一定要搞，要想成功，必须有一个民营占主体、竞争充分的市场格局，你要让医保部门有一个讨价还价的能力，我提出的医保付费标准还是合理的，你得接受，你要不接受，我就取消定点资格。如果一个县只有一家公立医院，民营医院都没有，没法取消就没法谈判，所以医保付费机制要改革要有效发挥作用，也有赖于公立医院改革的成功以及民

营医院的发展。

王丰：谢谢朱恒鹏教授刚才非常精彩的发言，今天下午有很多非常高端的专家都在场，我们要给以下几位专家留一点时间，同时给在座的听众留一些时间进行互动。下一组有 5 位评论专家，有请董朝晖、王杉、杨燕绥、郑新业、周子君几位老师上台。

前面我们听了三位演讲人从宏观到具体、从全面温和到尖锐的发言，下面 5 位专家对以上 3 位演讲人的发言，可以从你的角度做一些补充、反击、评论或提问，如果有时间的话，希望 3 位主要演讲人还可以再进行一些总结。

杨燕绥：我先对前面 3 位学者的报告做一个补充。他们在不同程度上都提到了神木医疗，我也去过神木了，神木有非常重要的一点就是神木现在只有一家公立医院，剩下的都是民营医院。但是在神木的公立医院是具有标杆作用的，为什么这样讲？神木的一家公立医院主要负责流行病和疑难病症的治疗，在此以外，神木的民营医院知道自己该做什么。我访问了当地的第一医院、第二医院，都是民营医院，我问他们，你们在神木市经营，知道你们是怎么生存吗？他们说知道。第二医院有换膝盖、心血管，他们有这样两个非常有能力的专家，市政府已经答应他们了，县医院不开办这两个专业，使其在两个专业成为权威。所以在当地的县医院和民营医院之间有明确的分工。其次，县医院要处理一些疑难病症，所以医疗成本应该相应高一点，人均费

用定在 4500，民营医院的人均费用定在 4000。像药品，公立医院有公共设施的投入，比如药品加价 15%，民营医院的药品加价就是 20%。类似这样的事情，我们在神木看到了一个非常好的现象，公立医院是标杆，它的界限、成本都是清楚的，所以它给民营医院留下了一个市场和服务的空间，民营医院也是清楚的。当我问到民营医院，你们出现了新问题怎么处理？他们说我们跟政府商量，政府会帮我们处理问题，所以他们也相信政府在公立医院和民营医院之间是一个很好的裁判。我想对三位专家讲的神木的问题做一点补充，而且我认为这一点非常重要。神木既要办公立医院，它就要做好标杆。

我们都在谈医院改革，实际上医院的背后是医生，我们要想搞医改，要让人们看病不难、不贵，或者是通过医疗服务真正能促进人民的健康，实际上背后关键的是医生。所以想一想医院和医生的关系，早年的中医也不需要医院，他拿着一个小枕头就游走四乡，靠号脉就能开药，而现在医院现代化了，医生需要一个平台。但也不应该掩盖一个问题，人民想治好病，想健康，当然健康要靠自我管理，自己是健康的第一看门人。但医生是第二看门人，医生也应该对你负责任，给你一个很好的处方，给你治疗。以后有健康档案了，可以记录一生，每一个医生都可以检查上一个医生对你是不是负责任的，他是想给你看好病还是想卖药。所以医生是第二个健康的“看门人”，医改的核心应该是医生。2002 年医改是靠国家，让国家投钱，中国市场经济改革是比较成功的，最不成功的两个地方一个是医疗市场化，二是住房过渡商品化，西方的市场经济这么成功，医疗领域也不是全部商品化的，

这是我们要摸着石头过河过不了的地方，是需要回头想一想的事情。那次改革这个思想是错误的，它导致医疗服务一下子盲目，商品化，这次医改方案框架方向是成功的，但是在这个问题上仍然没有说清治理，而且没有真正明确我们的医生到底是谁。下一步我们要考虑的问题就是医生的问题，药品贵最终的源头还由医生开大处方来拉动，但是医生为什么这样做？我们能理解，现在医生开大处方是为了给医院盖房，还贷款，建设医院靠国家，国家又投不了那么多钱，还说医院是公立的，这是矛盾的现象。医生要还贷款，要发工资，要收红包，这几件事在公立医院都是合理的，所以是我们的机制体制出了问题。全世界补偿医生主要是三种方式，一是发工资，像英国那样给公立医院的医生发工资。英国这些年的改革就是怎么把这些钱交到最有能力的人手里，他们从卫生部门分出专门的医保受托人，让他们变得非常专业，能盯着医院、盯着医生的行为，再把钱付给他们。尽管这样，他们觉得还是不够，现在又在找新的办法，怎么把这个钱付得好一点。第二个例子是美国，美国的医生靠医保基金付钱。如果这两个都不能付，就要靠患者自己了。所以无非是这三种方式，中国走哪条路？到今年年底，中国要实现全民医保，所以中国毫不犹豫地选择了第三条路，也就是发挥医疗保险基金的付费的功能。大家要考虑几个问题：医疗保险是谁的？是全民参保，当然政府有一定补贴，剩下的是全民参保，所以这里有医疗保险基金的所有者是谁的问题，谁拥有谁决策。大量的企业、个人都在缴费，它的所有者是谁？第二个问题，大家会想，我们都参保了、都缴费了，大家参保缴费是为了购买医疗服务，

医疗保险基金到了医院干什么？是用来给医院盖大楼还是去搞药的流通，还是付给医生？在美国很清楚，医疗保险基金 70%付给医生，所以他们的医生是独立的，和医院谈判，医保基金进来，70%给医生，30%给医生，其中 15%用于药的流通，15%用于医院的运行，分得很清楚，而我们现在 30%用于补偿医生，70%用于医院，而中国的公立医院也没有非常明确的财务制度，按照事业单位的财务制度，显然难以规范。所以我们要明确一个问题，医保基金到底是干什么的？大家缴费是为了什么？显然我们是为了购买医疗服务，而不是给医院盖大楼，如果我们把这个钱给了医院，所有的人就都是医院的股东，这是会弄得一团糟，不管是从产权还是法律上，这个问题逐渐要明确。我们也做过测算，如果真的把全国的医保基金给到医院 70%，其中又有 70%给到医生，政府养一个医生付一个社保，作为医生工资的 30%，70%是绩效工资，用社保基金来补充，那么所有的公立医院的医生的收入普遍会比公务员高、比大学教授高，我相信只要不是“白狼”，医生都会有一个心理满意度，这就是我们的测算要做的事情。我们的测算在《医药经济学》杂志上发给，也给有关部门提交过，它是否合理，希望大家再做补充。

王杉：无论是三位讲者还是评论者，我想，这些都是改革者，至少是改革者的智囊。而我是被改革的人。像顾昕教授、朱教授、于教授，都是我的朋友，他们的高论我听过不知道多少次了。我想说的是，大家觉得好象挺“灰”的，觉得这个也不行，那个也不行，大家对上次



医改还在抱怨。我一直是乐天派，为什么呢？老说上次医改不成功，没投钱，成什么功？没干就没成功。其实要仔细分析，我真的觉得上次的政策丝丝相扣。为什么这次我是乐天派呢？投钱了，说是 8500 万，而且还有人说 1.1 万亿都投入进来了，就算地方投入不到位，只有一半，还有 5000 多亿，会没效果吗？我坚决认为会有效果。效果在哪儿呢？现在的院长老爱说，你看我们的门诊量增加了多少、住院量多少了增加、流水增加了多少，都认为都是自己改革、内部管理的成绩，我真的很冷静地说，还是国家的政策。为什么说医改是改政府？真的不是改医院。公立医院改革 19 条任务，我们院长能做的只有一条半。我是积极参与，是乐观的，我们承担了二十三四项政府的各项试点工作，但是基本上都集中在这一条半里，其他都是在座各位提出要改的事。

严格地讲，我最近有点困惑，因为最近医改办又让我给提意见，就公立医院与基层医疗机构之间的关系最近又出了文，我第一次明白公立医院主要说的是县医院。不管是朱教授、于教授还是顾教授，你们讲的那些好象跟我还都远着呢。你们说不管是政府还是谈判机制，药品加成可以弄到 52%、45%，我们医院也是闵行模式，后来我才知道，药品加成还可以加到那个程度，我是不敢干的，一分都不敢加。像我这样的三甲医院，药品的毛加成 12.6%，为什么？是 1996 年以后，大概有 30 次没有任何规律的药品降价，我们也不知道为什么，反正就都降下来。其中还有很重要的一项是 500 块钱以上的单品，最多加 75 块钱，治的越重的病人，用的可能是高级一些的药，最高限价 75

块钱。药品加成毛加成是 12.6%，但是药不会自己飞到病人的嘴里，也不会自己进入到病人的血管里，就得有人服务，还得有地方储存，这些费用再刨去，大概净加成是 6%左右。和朱教授、顾教授写的差不多，那是补医疗服务价格的政策性亏损，为什么？执行的药品价格机制是按 80 年代之前的医疗服务价格机制，价格不许计人力成本，不许计折旧，而且低于物耗水平。我仔细研究红皮书（医疗服务价格收费目录），90 年代之前的价格基本上都是做一个赔一个，因为那时候这个政策是对的，医院的建设、设备购置、所有人员的工资、福利全是政府给的，你是没有任何道理再挣其他的。但是 80 年代以后，像我们医院，政府直接的财政补偿是 3%，这种情况下是一定要亏损的，所以就出现了所谓药品加成的政策。谁都问我，取消药品加成你着急不着急？我一点都不着急，为什么？我认为它不是医院运营的利润，是一个政策，政府为了补医疗服务价格的政策性亏损给的一个政策，它取消这个的时候，如果是一个比较明智的政府的话，肯定要有另外的政策补进来，不管用什么样的政策。

关于刚才杨教授讲的开大处方，我不能说其他医院，我们的门诊系统已经限制了，你是不允许开大处方的，我们哪个大夫给哪个病人在哪个终端开了什么，是可以监测的，而且医保部门已经定在门诊信息系统里了，他没法做。刚才几位教授讲的是县医院，大医院里有没有呢？也可能有，但是我真的不知道。

讲到药品，到底怎么能够降下来？我是曾经说过两句话：第一句话，政府做好准备，把流通环节的 400 万人精简到 40 万人，做好 360

万人的转岗和下岗，这个价肯定能下来，为什么呢？老说医生开，我是觉得医生是拔橛子的角色，在他用笔开药的一瞬间，从他一直到生产工厂所有人的辛苦就在他开药那最后一下体现了。因为中国有 400 万药品流通环节从业人员，所以要做好这 360 万人的安顿工作。卫生部是有数据的，供应商头 10 家占医院 90% 的药品供应。在美国，我从来没说美国好，美国不是一个好的体制，但是在这件事上，美国只有 3 家供应商。第二句话，确实像顾教授说的，定价得准一些。不要让它有能够贿赂医生的那些钱，我还没见过哪个药厂、哪个药商拿自己家的钱去贿赂医生。我们谈的钱，一个是合法的，一个是非法的，老把非法的事谈成是公立医院改革的事，这本来就是错的，它是违法的，应该法办，怎么把它弄成公立医院改革的机制之一、措施之一了？我觉得这真的不可理解。

最后，改革不要迷失方向，医疗体制改革的目标是什么我们都清楚。从重一点说，要解决“看病难、看病贵”。解决“看病难”根本不是改哪家医院的事，是建立一个医疗服务体系，我一直在提高 IDS（整合型医疗卫生服务体系），是要建各级各类医疗机构之间的服务体系，你让一个没学医的人在几分钟、几小时内能选准大夫和医院，这不公平，有很多病到病人去世的时候医生都说不清楚，这是医学的规律，哪个医生都告诉不了病人，要有服务体系告诉病人，给你安排好，让你去哪家医院。所以我说是服务体系的建设，建医院、扩大三甲医院，肯定都没用。“看病贵”是保障系统的事，我们觉得很冤，应该是社会保障部门的事。

为什么不能迷失方向？医改是要把病看好的，别老说那些数字，这个费用降了多少、那个降了多少，最后费用都控下来了，病没看好，这件事肯定和医改的宗旨是相悖的，大家都做一种模式、一种数字游戏，没有意思。

我在十几部委上提过，中国缺两个战略研究，一个是中国社会各阶级分析。中国有 14 亿人，要用一个办法解决他的医疗问题，我认为根本不可能。在座的每一位，不管年资有多高还是有多年轻，对自己的医疗、教育、住房，都有自己的预算。这件事政府不能全包，包不了的，所以你要知道针对什么样的人群政府该干什么事。我同意顾昕教授的话，政府就是干听毛主席的事，我完全同意他的观点。第二个是对中国各级各类医疗机构解剖麻雀式的运营分析。现在都不知道各级各类运营的实际情况是什么样，你不知道哪儿有缺口，改什么呢？我觉得医院改革的核心就是筹资机制，你都不知道它运营到什么程度，它哪儿缺，它到底缺多大的口子，你怎么改？没法改。所以我的建议非常明确，因为第一个万人调研的。这个调研研究毛主席做过、李铁映也做过，当初是 2005 还是 2002 年做的，调查了 25000 人，你要知道不同人对于医疗服务的需求和他能付出的，政府要看财政吃饭、量体裁衣。第二个研究其实不难，我们医院是前后由安永、普华永道、AICC 作过研究，我是真的搞清楚了我们这样的三甲医院的 22 个亿中每一分钱怎么进来的、在医院内是怎么走、最后是怎么出去的。我们可以做到实时监测，这不难。但在中国像我这样的大医院每个都研究，都要累死了，你只要解剖一部分有特点的医院就可以明白整体，这样

做医改的话，也许会有一些帮助。

谢谢。

周子君：刚才几位讲得都很好，大部分观点我都同意。

谈到公立医院改革，大家都抱了很大的希望，有时候也在指责公立医院改革做不下去。实际上大家的期望是公立医院回归公益性，这是媒体上大家提到最多的，实际上大家没有注意的一个问题是我们国家现行的医疗制度已经发生了很大的变化。在 80 年代以前，我们实行的是医疗的福利制度，就和今天的英国、澳大利亚是一样的，这种情况是财政补足了，你拿着固定的工资，你没有积极性去多做一些医疗服务。这样，医院没有积极性多开药，也没有积极性去创收，同样的，我们认为它的公益性就是这样的。政府会采取价格管制的措施来管制医疗服务，就像那些国家一样，政府给你结算的时候就是财政补贴，缺多少补多少。老百姓并不关心医疗价格，你去医院看病的时候要付的诊疗费通常很低，是在这种模式下的医疗服务的模式。但是此轮医改在 80 年代以后已经发生很大的变化了，其中一个重要的变化就是建立医疗保障制度，所有的经费要通过政府主导或法律的方式在民间收集起来以后，由政府成立医疗保险基金，由医疗保险基金去引导医疗服务提供。在这种模式下，以前传统解决不了的问题，比如医疗价格管制的问题、行政管制的问题，现在都有条件去解决了。这个解决前提是，我们很多人的思想观念依然停留在以前，看公立医院改革成败的一个主要标准是看它有没有回归公益性，像朱教授讲的，在

淹死人的地方再淹死一遍，没有任何意义。我们现在已经过河了，我们面临着新的一条河，和以前不一样了，你有条件去改善结构、提高医务人员的工资，因为现在医保有钱了，可以由医保来掌握，而不是政府来掌握，这是一个很大的区别。我个人并不是认为以是否回归公益性作为公立医院改革成功与否。假如现在政府统一来管医疗保险了，就是我买服务，看谁提供的服务好。市场经济改革到现在 30 多年，我们买东西从来就是想谁提供的东西好我就买谁的，是一个基本的市场经济规律，这种规律在医疗服务市场能不能做？我个人认为也是能做的。我们现在的的问题是两个字——“没改”，我们还停留在以前的概念里，公立医院应该是提供低水平的医疗服务。为什么我们有那么多抱怨？抱怨公立医院“看病难、看病贵”，这个抱怨是全体的，有钱人也抱怨，工薪阶层也抱怨，这个抱怨的很大原因是社会公众没有选择。其实很大程度上我们衡量满意度，满意度是什么？就是你的需求、你的欲望有没有得到满足，就是这么简单的事情，我想得到的，我满足了，我的满意度就上来了。这个满意度不见得是越高越好或者越低越好，没有关系，所以有很多山沟里的农民，你说他满意吗？他过得非常好，满意度很高。北京、上海的人，收入很高，但是他的压力很大。我们这个社会带来的思考是，我们的医疗服务提供体系，我们以前都说医疗服务就是指医院，实际上我们现在分开，保障体系、提供体系，医疗机构（医院）就是提供体系，这个提供体系应该是多元化的，应该是满足各阶层需要的。在若干年前毛泽东就做过中国阶级分析，现在我们依然面临的问题就是阶级，我们不可避免地有贫富差距，任何

社会都是这样，我们要缩小贫富差距，但是我们不能漠视这个问题。中国老百姓的满意度不高，是因为他的选择需求没有得到满足，中国医疗服务市场 80%到 90%都是公立医院，我们要面临的改革是让大家有选择，而不是让所有公立医院都回归到以前的提供低水平的服务，我相信这样做，很多人都是不满意的。所以，公立医院改革，什么叫成功和不成功？我个人认为，满足社会需要就是成功了，而不是看它是不是回归所谓的公益性。公益性的概念就是很便宜，水平很低，便宜就会水平很低，又便宜又好的事儿，我个人是不相信的。

我记得上次我给朱教授提过这个问题，大家都很欣赏神木模式，花钱又好，效果又好，大家相信有这种模式吗？虽然很多媒体的朋友告诉我说，神木模式在全国推广没有任何问题。朱教授也举了很多例子，我记得上次我问过一个问题，我今天还依然会问这个问题，你还没有给我解答。1.8 个亿，神木有多少家医院，财政有 40 个亿，1.8 亿是不多，但是要算一下，医院人员的工资够不够花的？医院建设从哪儿来的钱？买设备从哪儿来的钱？神木那个地方的人均收入很高，就按 5000 块钱算，1.8 亿刚好够发工资，我算过，我对这个数字还是有把握的，就按医务人员一个月 5000 块钱的工资来算，这点钱全发工资了，那些医院从哪儿来？我至今搞不明白。这种模式为什么要全国去学它，那就是一个坑，跳进去以后才会明白为什么有这么一个坑，因为它有大量的民间资本给公立医院捐助，这是任何地方学不来的。在我们这个经济社会里，大家都明白一个道理，没有又便宜又好的事，全部免费医疗也好，都是有代价的，只不过换了一种方式，由社会来

支付，所以未来的成本会越来越高的。

下面谈一下医药分开，我非常同意顾昕老师分析的问题，我也提出一个观点，以医药分开为突破口去改革公立医院，我认为不会成功的，因为真正大医院的盈利点已经不在药了，这对大医院来讲没有什么大的问题，没有什么诱惑力，这个诱惑力不是来自医院，而是来自其他地方。比如收支两条线在基层，按理说药品零差率以后，我们要达到的目的是降低药品费用，减少药品的实用。我们观察到的很多数据一点都不支持这个观点，反而药品的使用量在增大，人均费用在上。当然这有社会经济发展的问题，也有其他的问题，这个问题是在公立医院之外，是整个社会环境的影响。刚才顾昕老师说可以有各种方式，现在国家在规范，政府也在规范，医药公司用其他方式给医院做工作已经越来越小了，所以功夫在公立医院之外，这对医生的影响力是很大的。单纯从医药分开来讲，能不能消除这个影响力？我个人一点都不乐观。归根到底，我认为，从根本上解决这个问题是要靠付费制度的改革，就是董老师他们要做的很重要的事情。

我个人评价就是以上两点，谢谢大家。

董朝晖：很高兴参加这个会议。今天三位教授都用很详实的调研数据证明了他们的共同观点：正确的医改方向是真正的市场化而不是伪市场化，也不是利润经济。实际上这个观点，我们 30 多年来的改革都已经反反复复证明了这一观点，在座的只要年龄超过 35 岁的人可能都有这个体验，包括金融改革、教育改革，几乎所有领域的改革



都已经反复证明了这一规律，我相信在医疗领域也不例外。

回到医改的问题上，我们这轮医改要解决的问题是“看病难、看病贵”的问题。归根到底来说，“看病难、看病贵”就是医疗资源短缺的问题，也就是供不应求。什么东西供不应求，肯定又难又贵，包括春节的火车票、上幼儿园、还有南方几个城市的汽车加油，连汽车加油都加不上，油价又很高，所以什么东西短缺了，并且这个东西又是管制的，那么肯定又少又贵。刚才王院长说了，只要建立了全民医保，就可以解决看病贵的问题，我认为有点绝对，如果建立了全民医保，但医疗服务的供给没有增加的话，等于是钱增加了，供给没增加，肯定会出现通货膨胀，医疗服务价格飞涨，所以看病贵的问题还是解决不了。如果建立了全民医保，老百姓的医疗消费能力提高了，但医院还是这几家医院，医院门口排的队肯定会更长。所以全民医保建立以后，如果医疗服务资源没有增加，“看病难、看病贵”的问题会更突出。据卫生部统计，2003年以来，全国住院人次增长了1.3倍，医院的病床增加50%。我在几个地方调研也证明了这一点，实施全民医保以后，住院更加难。我们医保实际上就是要解决医疗资源的投入机制问题，这是一个瓶颈问题，投入医疗资源怎么投入呢？无非是两条途径，一条是动员社会力量办医院，一条是政府增加财政投入。动员社会力量，就是三位教授说的市场化的改革，如果反过来假设一下，我们不鼓励动员社会力量，我们让政府财政来投入，行不行？到底能不能解决医疗资源不足的问题？我认为政府如果还是行政化管理的话，至少会存在三个问题：第一个是会造成医院内部效率不高，我本人对此持怀疑态

度，因为我考察了几家大的公立医院，包括人民医院，实际上医院现在内部的效率非常高了，医生加班加点，药师发药的速度也很快，正在开展周末门诊、电话预约等等，各种能发掘的效率都已经发掘了，所以我认为更主要的是行政管制导致的不是微观效率，更重要的是宏观效率，比如资源配置的问题，在市场化下，资源配置是以需求为导向的，但是在政府通过行政渠道来投入的时候，不是以市场为导向的。比如，人民医院人口病人排队很长，医院的决策者能不能多开一些病床，多招一些人呢？显然院长没有这个能力，因为资源是由行政部门垄断的。第二个问题是会排斥社会对社会领域对医疗资源的投入。我们现在，现在开个民营医院很难，因为医疗服务市场是行政垄断的，只能政府来做这个事，不让社会资本来做，不让民营资本、也不让外资来做，当然会造成资源短缺的结果了。所以可以这么说，只要医疗服务市场还是行政垄断的，我们所有的改革都很难推进。也许在社会中有些人真心认为行政化是好的，命令经济是好的，计划经济是好的，我认为过度的争论也不需要，如果还是引用小平同志的一句话就是不争论，把这个市场开放了，把各种资本都放进来，把民营的、公立的都放进来，你喜欢公立医院，没问题，你可以去公立医院看病，也有人喜欢民营医院，你可以去民营医院看病。最后5年、10年下来我们再看结果，多少人喜欢去民营医院看病，多少人喜欢去公立医院看病。我们再看看医生、护士的选择，多少人愿意在民营医院就业，多少人愿意在公立医院就业，这就解决问题了。我们可以学学国有企业改革的路径，我们不是强迫国有企业改革，只要把民营企业兴旺起来了，

国有企业要么做不好破产，要么模仿民营企业的规则，把自己做强做大，我认为公立医院改革也是这一条路。

另外我要补充的一点是，刚才王院长有句话是“医改就是财政投入，财政没投入就是没有改”，我认为这个观点有点绝对。实际上，财政投入不是重要的，最重要的是投入机制的问题。比如 2002、2003 年的时候我们有一个数据，卫生总费用里个人直接支付占 60%，“看病难、看病贵”是因为个人掏腰包太多。反过来再看 2010 年的数据，这个数据已经降到 35%，也就是说，整个卫生总费用里只有 35.5% 的费用是个人直接掏腰包支付的，大量的都是政府支付和医保支付。在国际上统计的时候，把公立医疗保险和政府财政投入都统计为公共筹资的投入，实际上是一个概念，因为政府要么收保费，要么收社会保险费，要么收工资税，然后进行统一投入。我们在个人只占卫生总费用 35.5% 的情况下，好象感觉看病还是很贵，贵在什么地方？可能是因为我们的财政投入没有花到刀口上，也就是很多钱都浪费了。钱浪费的例子，只要做过一些调研的老师，可能都知道，比如我到南方一个县去调研，当时见了几个基层医疗机构的中心主任，他们说现在政府的钱太好挣了，我两个月时间做了 4 万份健康档案，每份健康档案 15 块钱，这是很大的收入，但是健康档案有没有使用，大家都知道。所以，如果我们能把浪费的财政投入都能花到刀口上，看病难的问题在很大程度上也能解决。

综上，我们医改关键是建立机制，有一个好的机制，我们不需要花太多的钱。同时，只有把机制建好了，各方面的措施才能推进，如

果没有好的机制而强行推进的话，可能还会发生在深水区淹死人的事情。

郑新业：我对前面几位专家讲的都赞同，我主要讲三个事情。

第一，针对这个报告，是非常好的，三位专家从市场主体、价格形成和改革评估上，对三年医改进行了介绍，这是很重要的。其实还有一些地方可以补充，这样有利于听众和媒体了解医疗的性质，应该告诉大家医疗服务市场是什么，比如医疗和卖牛奶的有什么区别，这是非常重要的。我认为有两个区别是很重要的，一个是医生和病人的信息不对称，医生让我们干什么我们就听什么。二是病人不重复消费。我们很少讨论价格形成机制，我们讨论它贵或不贵，而为什么有些产品贵我们没有异议呢，有些东西价格很高，我们坦然接受，但为什么对医疗费用的高有争议呢，这是因为价格形成机制不透明。这里面还有保险公司的作用，我们还没有讨论。

我自己也做一些研究，我认为还有几个问题，一是医疗费用增长快，但医疗市场增长快，这个增长是完全不匹配的。二是卫生支出结构不合理，和全球其他国家比，我们花在药上的钱和花在医疗服务上的钱是不对称的。三是医疗服务中的非货币成本太高，比如老百姓看病的时候，排队等成本是非常高的，大家很少注意到这件事情。从评估的角度讲，政府的作用，从效率和公平两个方面来讲，从效率来讲，政府部门形成的最低成本和医疗资源是错配的，北京的医生忙死了，但有些地方的医生闲死了。从公平方面来说，我们政府的补贴给最富

的人有 90%，而最穷的人有 17%来自于政府，按理讲应该是反着的，而现在最富的人反而是拿了政府补贴的大头。

从长期来看，我给大家提供几个数字，我们期待 10 年之后、20 年之后应该有什么样的医疗市场？这是很重要的，我们的底线是什么？大家应该看这样的事。我觉得当前最主要的敌人，第一是民粹主义、是反治，大家不讨论，一讨论，只要不符合我自己志愿的事情就骂。第二个敌人是卫生部，卫生部是医改的头号敌人。根据我们的研究，鉴于人口老龄化的规模，中国的医疗支出到占 GDP 的 15%都不会停下来，所以医疗市场是中国在能源和市场中仅有的要翻番的领域。医疗支出费用的结构，我认为理想的模式是 70%是服务，30%是药。

我个人认为，医疗体制改革，政府可以解决看病难，但解决不了看病贵的问题，我们不能既想要看病方便又便宜，全世界都做不到，你看病的钱，不是你自己掏就是医保掏，医保的钱是哪儿来的？保险公司的钱是哪儿来的？即使是政府掏，政府的钱又是从哪儿来的？无非是自己的上衣口袋掏或是下衣口袋掏的问题。

关于政府对市场的干预，如果不要政府会怎么样？我可能比较激进，没有政府，这个市场会发展得更好。第一个建议就是取消卫生局、卫生部，成立医疗国资委。现在供给不足的情况是非常明显的，现在谁不让进来？我认识一个人，为了投资医疗市场，跑到台湾去买医院，买了台南市的医院，然后又到南京市投资，我说你这是何苦呢？他进不来，没办法。因为医疗市场信息不对称、不重复消费，要强制安排医生保险，如果出了医疗事故，由保险公司摆平，这样通过保险公司

来规范，会使现在的医疗纠纷情况好一些。现在的机制是爷爷管孙子，当然向着孙子了，即使爷爷不向着孙子，大家也不服。对于穷人，怎么办？应该通过民政系统来帮助，通过医保、社保系统来帮助。

现在为什么医院挣得不多，有一个很重要的原因就是财政分权的问题，像海淀区政府，就不愿意盖政府，甚至还想把海淀医院撵走，那块地方盖个楼，吸引高科技公司。还有是地方政府财力和医疗资源需求之间不匹配，针对医疗资源需求的地方投入不够，从而吸引不来医疗资源。

王丰：谢谢几位专家，我们的会议确实是一个很大的题目，有这么多专家与我们一起讨论，下面请听众与专家进行互动，不超过三个问题。

提问：我是北京大学医学部药学院的学生，请问王院长，刚才你提到毛加成率是 12.6%，但根据 2011 版的卫生年鉴，药品收入占医院收入的 40%以上，请您详细剖析一下人民医院的收入结构，因为您提到的数字和我们平时的认识是不符合的。

提问：我想请问董老师关于医保的问题，您也提到，医保还是从社会上筹集的，当然政府现在给了一部分补贴，从医保的角度来讲，现在怎么定位这个事？是定位为福利性的事还是按照保险的原则权责明确，我交的钱多得到的保障就多，是针对风险的措施还是人人都有

的福利性措施？从医保的定位和运用上来说，是更强调它的福利性还是强调它作为保险的社会作用？

提问：我是清华大学社会学博士，对这个命题比较感兴趣，所以来旁听。我觉得老师们讲得都很好，肯定是要改，我有一个细节的问题，主要是关于过渡的问题。我们知道中国进行了很多改革，包括国企改革，最大的问题是在过渡的过程中谁来承担改革的代价？我们知道医改肯定也是需要人，肯定是在承担代价，我想各位专家在考虑医改方案或在重新调准自己的方向的时候有没有考虑到在过渡的过程中谁来承担代价？在过渡的过程中怎样让这个代价最小？还有个细节的问题，关于民营医院进驻的问题。我们知道，医学院的医学生和公立医院存在非常顺畅的对接，包括实习、就业、培养等，而作为民营医院院长，如果我是民营医院的院长，我肯定不愿意培养学生，我肯定愿意在市场上招成熟的医生。

我也特别赞成杨老师说的，我们当然会考虑，因为中国那么多人，不能用一套方案来解决那么多人的问题，但是我们也需要把握一条原则，就是医疗确实涉及到生命，当我们去说民营医院通过5年来知道它好坏的时候，可是这5年有无数的生命在逝错，所以我们也要把握医疗中生命的唯一性、生命的重要性以及公立医院的公共服务的性质以及它可能的市场化性质。

王丰：首先，医院是大收大支，我们医院去年是22.4亿，人力成

本占 24.6%，其他全是支出，药品大概是 40%多，高值耗材 2.4 亿，低值耗材 1.2 亿，所有的试剂直接采购成本 4300 万。你只要不拿北大人民医院说事，我的数字都是可以开放的，每天晚上我们的数据实时上传国家审计署，因为我们有试点工作，人家要探索怎么监管我们。

其次，我还有两个身份，另外一个身份是北大国际医院集团有限公司董事长，我做了 9 年，在筹建一个 44 万建设平米、1800 张床的社会资本办医。你刚才提到民营医院不愿意做人才培养、引进，这是太短见的民营医院院长。我们北大国际医院明确的定位是医教研一体的。世界上最著名的医院都是社会资本，他们都在积极地关注教育和科研，否则是没有生命力的，所以你不要担心。前年国务院 58 号文出来以后，最近北京市又要出台一系列政策，为什么要出这些文件？就是因为现在大的政策还有问题，在人才吸引方面还是有问题，从而确实实相关的政策都在出台。

在这点上我最后表明一点，我一直认为朱教授的观点我几乎是全盘接受，因为我也呼吁了好多年，管办分离不是爷爷管孙子，都是老子管儿子，我就一直不认为现在这种结构的法人治理结构能解决这个问题。最大的法人治理结构，比如安然，比如雷曼兄弟都是典型的法人治理结构，不是照样倒吗？这不是解决问题的根本。我一直建议政府应该有计划、有步骤的把像我这样规模的公立医院办成非营利的、社会举办的医院，才有可能在公立医院改革里形成竞争、形成压力。

董朝晖：刚才提的问题是社会保险走保险化的道路还是走福利化



的道路。我不知道“福利”这两个字是怎么定义的，不过社会保险有一个原则是团结互助的原则，这个原则是怎么体现呢？就是按能力来缴费，按需要来使用。这个原则可能就是这位听众说的福利化方向，但是我们很少用“福利”这个词，因为这个词的歧义太多了，在不同的语境中有不同的定义，所以我们还是喜欢用“团结互助”这个词。

现在我们国家三个保险体系的缴费原则不一样，但一个大方向是统筹城乡，先把农民的和居民的保险合起来，慢慢的，居民的和职工的也会走向一个统筹的方向，全世界的国家也都是向这个方向发展。

王丰：首先感谢来参会的各位听众，你们都很耐心，最后让我们大家一起感谢余晖、顾昕、朱恒鹏老师以及王杉院长、周子君教授、董朝晖主任和郑新业教授、杨燕绥教授，谢谢他们今天下午给我们大家的讲演。